

公卫工作慢病工作计划和目标 慢病防治 工作计划优选(精选10篇)

计划在我们的生活中扮演着重要的角色，无论是个人生活还是工作领域。相信许多人会觉得计划很难写？这里给大家分享一些最新的计划书范文，方便大家学习。

公卫工作慢病工作计划和目标 慢病防治工作计划优选篇一

早期发现和干预：癌症早诊早治，脑卒中、心血管病、慢性呼吸系统疾病筛查干预，高血压、糖尿病高危人群健康干预，重点人群口腔疾病综合干预。

健康管理：居民健康档案、健康教育、慢性病（高血压、糖尿病等）患者健康管理、老年人健康管理、中医药健康管理。

（三）强化规范诊疗，提高治疗效果。

1. 落实分级诊疗制度。优先将慢性病患者纳入家庭医生签约服务范围，积极推进高血压、糖尿病、心脑血管疾病、肿瘤、慢性呼吸系统疾病等患者的分级诊疗，形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的合理就医秩序，健全治疗—康复—长期护理服务链。鼓励并逐步规范常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊，对超出基层医疗卫生机构功能定位和服务能力的慢性病，由基层医疗卫生机构为患者提供转诊服务。完善双向转诊程序，重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道，逐步实现不同级别、不同类别医疗机构之间的有序转诊。

2. 提高诊疗服务质量。建设医疗质量管理与控制信息化平台，加强慢性病诊疗服务实时管理与控制，持续改进医疗质量和医疗安全。全面实施临床路径管理，规范诊疗行为，优化诊

疗流程，努力缩短急性心脑血管疾病发病到就诊有效处理的时间，推广应用癌症个体化规范治疗方案，降低患者死亡率。基本实现医疗机构检查、检验结果互认。

（四）促进医防协同，实现全流程健康管理。

1. 加强慢性病防治机构和队伍能力建设。发挥中国疾病预防控制中心、国家心血管病中心、国家癌症中心在政策咨询、标准规范制定、监测评价、人才培养、技术指导等方面作用，在条件成熟地区依托现有资源建设心血管病、癌症等慢性病区域中心，建立由国家、区域和基层中医专科专病诊疗中心构成的中医专科专病防治体系。各地区要明确具体的医疗机构承担对辖区内心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等慢性病防治的技术指导。二级以上医院要配备专业人员，履行公共卫生职责，做好慢性病防控工作。基层医疗卫生机构要根据工作实际，提高公共卫生服务能力，满足慢性病防治需求。

2. 构建慢性病防治结合工作机制。疾病预防控制机构、医院和基层医疗卫生机构要建立健全分工协作、优势互补的合作机制。疾病预防控制机构负责开展慢性病及其危险因素监测和流行病学调查、综合防控干预策略与措施实施指导和防控效果考核评价；医院承担慢性病病例登记报告、危重急症病人诊疗工作并为基层医疗卫生机构提供技术支持；基层医疗卫生机构具体实施人群健康促进、高危人群发现和指导、患者干预和随访管理等基本医疗卫生服务。加强医防合作，推进慢性病防、治、管整体融合发展。

3. 建立健康管理长效工作机制。明确政府、医疗卫生机构和家庭、个人等各方在健康管理方面的责任，完善健康管理服务内容和流程。逐步将符合条件的癌症、脑卒中等重大慢性病早诊早治适宜技术按规定纳入诊疗常规。探索通过政府购买服务等方式，鼓励企业、公益慈善组织、商业保险机构等参与慢性病高危人群风险评估、健康咨询和健康管理，

培育以个性化服务、会员制经营、整体式推进为特色的健康管理服务产业。

（五）完善保障政策，切实减轻群众就医负担。

1. 完善医保和救助政策。完善城乡居民医保门诊统筹等相关政策，探索基层医疗卫生机构对慢性病患者按人头打包付费。完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策，推动慢性病防治工作重心下移、资源下沉。发展多样化健康保险服务，鼓励有资质的商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，开展各类慢性病相关保险经办服务。按规定对符合条件的患慢性病的城乡低保对象、特困人员实施医疗救助。鼓励基金会等公益慈善组织将优质资源向贫困地区和农村延伸，开展对特殊人群的医疗扶助。

2. 保障药品生产供应。做好专利到期药物的仿制和生产，提升仿制药质量，优先选用通过一致性评价的慢性病防治仿制药，对于国内尚不能仿制的，积极通过药品价格谈判等方法，合理降低采购价格。进一步完善基本药物目录，加强二级以上医院与基层医疗卫生机构用药衔接。发挥社会药店在基层的药品供应保障作用，提高药物的可及性。老年慢性病患者可以由家庭签约医生开具慢性病长期药品处方，探索以多种方式满足患者用药需求。发挥中医药在慢性病防治中的优势和作用。

（六）控制危险因素，营造健康支持性环境。

1. 建设健康的生产生活环境。推动绿色清洁生产，改善作业环境，严格控制尘毒危害，强化职业病防治，整洁城乡卫生，优化人居环境，加强文化、科教、休闲、健身等公共服务设施建设。建设健康步道、健康主题公园等运动健身环境，提高各类公共体育设施开放程度和利用率，推动有条件的学校体育场馆设施在课后和节假日对本校师生和公众有序开放，形成覆盖城乡、比较健全的全民健身服务体系，推动全民健

身和全民健康深度融合。坚持绿色发展理念，强化环境保护和监管，落实大气、水、土壤污染防治行动计划，实施污染物综合控制，持续改善环境空气质量、饮用水水源水质和土壤环境质量。建立健全环境与健康监测、调查、风险评估制度，降低环境污染对健康的影响。

2. 完善政策环境。履行《烟草控制框架公约》，推动国家层面公共场所控制吸烟条例出台，加快各地区控烟立法进程，加大控烟执法力度。研究完善烟草与酒类税收政策，严格执行不得向未成年人出售烟酒的有关法律规定，减少居民有害饮酒。加强食品安全和饮用水安全保障工作，推动营养立法，调整和优化食物结构，倡导膳食多样化，推行营养标签，引导企业生产销售、消费者科学选择营养健康食品。

3. 推动慢性病综合防控示范区创新发展。以国家慢性病综合防控示范区建设为抓手，培育适合不同地区特点的慢性病综合防控模式。示范区建设要紧紧密结合卫生城镇创建和健康城镇建设要求，与分级诊疗、家庭医生签约服务相融合，全面提升示范区建设质量，在强化政府主体责任、落实各部门工作职责、提供全人群全生命周期慢性病防治管理服务等方面发挥示范引领作用，带动区域慢性病防治管理水平整体提升。

公卫工作慢病工作计划和目标 慢病防治工作计划优选篇二

一、总体工作目标

2、利用居民健康档案和组织居民进行健康体检等多种方式，早期发现高血压、糖尿病患者，提高高血压、糖尿病的早诊率和早治率。

3、通过电话指导、入户访视、建立居民健康档案基本信息、门诊35岁以上首诊测血压制度等，加强辖区高血压、糖尿病患者的随访管理，提高高血压、糖尿病的规范管理率和控制

率，提高高血压和糖尿病患者的自我管理的知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。

4、加强健康教育和健康促进，定期开展高血压、糖尿病专题知识讲座及大众宣传，普及社区居民高血压、糖尿病的防治知识，控制各种危险因素，提高人群的健康意识。

二、高血压工作目标

1、发现并积极登记高血压患者。

3、高血压高危人群每半年至少测一次血压并进行干预和效果评价；

4、继续施行35岁以上居民首诊测血压制，并做好登记。

5、高血压患者健康管理率达到60%以上，规范管理率达到95%以上，规范管理人群血压控制率达到60%以上。

三、糖尿病工作目标

1、发现并积极登记糖尿病患者。

3、糖尿病高危人群每半年至少测一次血糖并进行干预和效果评价。

4□ii型糖尿病患者健康管理率达到45%以上，规范管理率达到95%以上，规范管理人群血糖控制率达到60%以上。

四、实施计划

建立并健全慢性病工作制度，成立慢性病工作领导小组，对全镇65岁以上老年人、高血压、糖尿病患者开展预防控制工作，建立综合防治机制。

登记建档和管理。

（二）、高血压、糖尿病的管理

1、高血压、糖尿病患者的检出

利用健康体检、中心卫生院和村卫生室的诊疗、首诊测血压等方式发现高血压、糖尿病患者。

2、高血压、糖尿病患者的登记

将检出的高血压、糖尿病患者纳入慢性病管理进行规范化管理。

3、高血压患者的随访管理和转诊

4、糖尿病患者的随访管理和转诊

（三）、高血压、糖尿病高危人群的健康指导和干预

对高危人群采取群体和个体健康指导相结合的方法，开展健康教育以改变不良的生活方式，提高其对高血压、糖尿病相关知识及危险因素的了解，给予健康方式的指导，定期测量血压、血糖。

（四）、一般人群的健康促进

根据一般人群的健康需求，广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励社区人群改变不良的生活方式，减少危险因素，预防和减少高血压、糖尿病的发生。

在县卫生局正确领导下和县疾控中心的业务指导下，我们将努力工作，脚踏实地干好本职工作，为我镇慢性病工作再上新台阶而奋斗。

公卫工作慢病工作计划和目标 慢病防治工作计划优选篇三

2012年我院基本公共卫生工作要以贯彻落实科学发展观为统领，以为指导，紧紧围绕全国和省市区卫生工作要点，结合新一轮医疗卫生体制改革的要求，扎实做好2012年基本公共卫生保障工作，密切和相关部门配合，尽快启动基本公共卫生体系建设，切实落实居民健康档案建立、健康教育、老年人保健、慢性疾病管理、重症精神病患者管理、孕产妇及0-6岁儿童管理，有效体现公共卫生服务功能，切实加强卫生监督保障力度，进一步提升公共卫生服务和管理能力，促进公共卫生均等化发展，不断提高土门镇居民健康水平。

一、建立组织，加强领导

由乡卫生院长负责全面工作，下设的基本公共卫生服务办公室，防疫办公室、妇幼保健办公室、新农合办公室，各个办公室由专兼职人员负责，负责本办公室的具体工作任务。各办公室在院长的领导下，认真贯彻落实好政府和卫生局下达的各项工作任务 and 方针政策。同时，在原有的管理制度上进行完善，组织实施好本辖区面向农村的十一项公共卫生服务内容，整理相关资料及时归档，接受上级部门的考核。

二、健全制度，规范行为

根据农村十一项公共卫生服务内容和工作要求，及时地调整各类制度，同时进一步进行完善细化，形成以制度来管理人的规范行为，并按月对公共卫生卫生服务人员进行相关知识的培训。

三、明确任务，抓好服务

（一）保证居民享有基本公共卫生服务

1、建立居民健康档案：（1）通过入户调查、疾病筛选、集中体检等方式由公共卫生服务人员到居民家中或卫生室工作现场为辖区内的居民建立健康档案，并随时更新档案。（2）居民健康档案记录单，统一编码，建立信息化档案，并注意做好保密工作。（3）居民健康档案建立今年全镇不少于100%。

2、健康教育：（1）有原有的基础上，结合季节防病重点，及时更换村健康教育宣传的内容，保证每年不少于6次，资料归档；（2）健康教育资料发放户覆盖率要求达60%；（3）学校健康教育开课率达到100%，卫生院开课12次，各行政村责任医生开课6次，每次开课要求要有通知、签到、照片、讲稿及小结等资料存档；（4）同时结合群众健康教育的要求，上门访视时进行相关健康知识的宣传，使居民基本卫生常识知晓率达85%以上；（5）组织动员孕妇及0--6岁儿童家长参加由乡卫生院举办的孕产妇和儿童健康教育；（6）孕妇在孕早期或中期接受一次健康教育的覆盖率达到85%以上，0--6岁儿童家长达到85%以上，该项工作由妇幼医生负责完成。

3、老年人保健：我镇范围内65岁以上的老年人管理人数达到95%。

4、慢性病管理：高血压、糖尿病两类人群管理达到85%，各村基本按照人口比例推进，由村级公共卫生服务专兼职人员负责完成。

5、重症精神病患者管理：我镇范围内重症精神病患者管理人数达到90%，各村按照人口比例推进，由医院管理人员和村级公共卫生服务人员共同完成。

（二）健康管理：

（1）对65岁以上老年人、高血压患者、糖尿病患者进行一次免费健康体检以及儿童预防接种和体检，孕妇产前管理和常规妇女病检查，临床诊断治疗，职业体检和健康随访及平

时门诊治疗等资料内容，由责任医生及时记录到健康档案中，并为今年完善电脑管理系统的个人健康档案做准备，逐步形成动态的健康档案。

(2) 对体检中发现的健康问题和行为危险因素，开展上门访视服务，全年四次，每季度一次，由公共卫生服务人员和乡村医生负责，并及时将上门随访情况及干预情况记入健康档案，并汇总上报。

(3) 各村公共卫生服务专兼职人员与乡公共卫生管理人员保持密切联系，及时掌握本辖区本年度的婚龄青年人数，在上门随访中积极动员新婚青年进行叶酸服用。

(4) 积极利用健康教育的各种形式，宣传婚前医学检查的必要性，保证优生优育，使更多的婚龄青年认识到婚前医学检查的重要性。

(三) 合作医疗便民服务

(1) 加强合作医疗政策的宣传和学习，使医务人员和相关人员的政策知晓率达95%以上。

(2) 卫生院和各村卫生室设立合作医疗宣传栏，张贴合作医疗制度、政策，并做好政策宣传和问题解答，并每月张贴本村参合人员报销情况。

(3) 协助调查处理违反合作医疗政策情况。

(4) 专人负责并保留好各村参合筹资表，登记项目要求齐全、准确。(5) 制定合作医疗便民报销服务办法，使参合人员能及时得到报销。合作医疗群众满意度达到95%以上。

(四) 儿童预防保健

(1) 防疫科按要求达到规范化接种门诊，实行按日接种制，同时按照《预防接种工作规范》要求，做好各项工作，新生儿建卡率达到98%以上，十苗全程接种率达到100%，乙肝首针及时率100%，并及时掌握辖区内流动儿童情况，及时安排接种，各村负责人及时配合卫生院安排接种活动组织动员等工作。

(2) 各责任医生掌握辖区内幼托机构及中小学校数量，儿童入托、入学验证率95%。

(3) 儿童系统管理率要求达到95%以上，由各村保健医生负责。

(五) 妇女保健

(1) 掌握育龄妇女和孕妇情况，动员和通知怀孕妇女进行孕产期保健管理。

(2) 孕产妇住院分娩率达到100%，孕产妇系统管理率达到95%，高危孕妇住院分娩率达到100%。

(3) 根据孕产妇保健管理工作要求做好早孕建册、产前检查和产后访视工作，并负责高危孕产妇的筛查、追踪、随访和转诊等。

(4) 积极开展常见妇女病检查工作，并将检查情况反馈给各责任医生记入健康档案。

(5) 开展业务学习和业务指导工作，召开和参加例会，做好各项总结和计划，资料及时整理归档，具体由妇幼保健医生负责。

(六) 老年和困难群体

(1) 根据农民免费健康体检工作的要求，今年加强体检宣传工作，确保65岁以上老人、特困残疾人、低保户、五保户等困难群体，体检率要求。

(2) 公共卫生服务专职对上述人群进行免费随访，全年不少于四次，同时医生要搞好宣传发动，积极参与强化免疫，应进行有针对性的以健康教育为重点的健康干预。

(七) 重点疾病管理

(1) 积极开展结核病防治工作，病人转诊率达100%，同时开展病人的追踪治疗及随访管理，督促病人定期复查，并将信息及时上报给疾病预防控制中心。

(2) 积极开展高血压病防治工作，高血压病人管理85%以上。

(3) 积极开展艾滋病防治工作，艾滋病防治知识宣传资料入户，成人防治知识知晓率85%以上。

(4) 协助镇政府、村委会对精神病人的综合管理，综合管理率达90%，同时建立卡片专案管理，定期随访，并在随访中指导合理用药。

(5) 慢性病按规定进行管理，定期进行咨询服务和用药指导，利用随访宣传防病知识，使农民对重点慢性病防治知识知晓率达到85%以上，并做好资料汇总和信息上报。

(6) 卫生院、卫生室等应严格要求执行国家传染病疫情报告制度和突法公共卫生事件报告等法律规定，并及时收集、登记、整治和归档要求上报，传染病疫情等各类材料。

(7) 掌握本辖区出生死亡资料，外来人员资料，并逐级上报，同时做好儿童及孕产妇死亡报告，报告率达100%，并开展出生缺陷报告。

（八）卫生监督协查

（1）建立健全辖区内食品公共场所经营单位名册，并开展农民家庭宴席登记，报告，指导工作。

（2）建立健全职业危害单位名册及危害因素与接毒人数等，同时督促各企业开展接毒人员健康体检工作。

（3）建立健全辖区内小学的健康档案，每年开展卫生检查不少四次。（4）建立健全辖区内医疗机构档案，每年检查不少于4次，同时开展打击非法行医活动。

（九）协助落实疾病防控措施

（1）卫生院防保办公室，责任医生等相关人员协助和配合开展疾病监测和突发公共卫生事件应急处置配合查处突发公共卫生事件达到率100%。

（2）卫生院防保办公室、乡村医生做好重点传染病监测工作，合格率达90%以上。

2012年1月

公卫工作慢病工作计划和目标 慢病防治工作计划优选篇四

慢病工作包括健康档案管理、慢病管理、居家养老、家庭医生式服务、高血压自我管理小组、糖尿病社区项目等日常工作，同时还有许多疾控中心布置的临时性工作。

主动上门、电话追访、门诊就医者的健康档案进行完善，并制定四种慢病干预计划，每个站每年要进行四次干预活动。均需对慢病进行规范化管理。对辖区居民健康档案根据区域划分进行分配，对负责的辖区居民进行主动搜索，提高健康

档案的利用率，积极主动利用电子健康档案。

1. 规范化管理工作：根据区疾控中心的统一部署，要求高血压登记率为60%，规范管理率为35%，控制率为30%，糖尿病登记率为60%，规范管理率为30%，控制率为25%，每个社区服务站针对高血压、糖尿病管理，开展多种形式的干预活动，活动次数每个管辖的居委会至少开展2次高血压、糖尿病干预活动，全中心全年共需完成48场次的干预活动。包括门诊咨询，健康讲座，电话访谈等。按疾控规中心加强控制质量，每个月进行一次考核。

2. 宣传咨询讲座和培训工作：

(1) 在4月7日世界卫生日

(2) 9月1日健康生活方式日

(3) 9月20日爱牙日

(4) 10月8日高血压日

(5) 10月10日精神卫生日

(6) 10月29日脑卒中日宣传

(7) 11月14日糖尿病日、以及健康科普知识宣传等开展宣传活动。

同时与健康教育活相结合，充分利用健康教育与健康促进活动广泛开展慢病宣传工作。

3. 居民健康档案的管理：中心与辖区6个服务站建立网络系统，建立电子信息平台，电子档案可以在中心内资源共享，实行统一化管理。并且电子档案与医生工作站连接，形成了门诊、慢病和档案管理相结合，形成系统管理，连续管理。

4. 继续完善健康档案的电子化管理工作，要求各社区服务站针对新建健康档案，追访管理人数，新筛慢病人数，规范管理慢病人数按要求完成。

1、我们与街道社区办、12家居委会进行沟通协商，组织辖区老人进行健康体检□20xx年将继续为辖区老人进行免费健康体检。发现疾病及时转诊，发现可疑病情建议到大医院做进一步的检查。

2□20xx年继续收集完善和更新老年人群基础资料：争取得到街道办事处、社管中心、低保所等单位的积极配合，收集60岁以上老人名单，六种特殊老年人低保人员名单，残疾人名单，孤寡老人、空巢老人、和高龄老人名单。

3、老年人慢病健康教育工作□20xx年继续与社区健康教育相结合，认真完成绩效考核细则中对居家养老健康宣教部分的工作要求，保质保量的完成12个居委会全年48次老年人健康教育大课堂活动。

根据家庭医生式服务工作方案，每个团队完成卫生局下达的签约数量和指标，并纳入中心的绩效考核中。及时完成每个月的报表统计上传工作，完成网络专报工作。加强家庭医生式服务的宣传。

根据去年卫疾控统一部署，在20xx年xx创示范区，继续完成高血压自我管理工作的。

公卫工作慢病工作计划和目标 慢病防治工作计划优选篇五

一、完善健康教育与健康促进工作，组织开展多种形式的健康教育与健康促进活动。定期进行健康教育培训，提高医护人员的综合素质；定期举行健康教育讲座、健康知识咨询，对

辖区内居民进行常见病、多发病的防治知识普及;设计并制作多种健康教育处方,免费向辖区内居民发放;定期更新健康教育专栏等。

二、按照国家关于公共场所全面禁烟的要求,结合我中心实际,制定禁烟制度及奖惩标准,设置禁烟健康教育专栏,发放禁烟健康教育处方,张贴禁烟标志。我科计划在今年5月31日举行一次“世界无烟日”宣传活动,并对中心工作人员进行禁烟知识培训及考核,宣传禁烟知识。

三、严格卫生局及疾控中心下达的要求,认真细致地完成各项传染病上报、管理及相关工作。我们将根据《疫情报告制度》,全面落实责任,加强监督及报告力度,发现相关传染病病人、疑似病例以及疫情,及时上报。加强院内医务人员对传染病的重视,我科将在年中开展一次院内医务人员传染病相关知识培训。

四、落实卫生局及疾控中心下达的关于艾滋病监测的相关任务。在门诊设置艾滋病咨询室,制定艾滋病监测报告册,详细登记就诊及咨询人员信息。加大对艾滋病防治信息的宣传,院内常设艾滋病防治知识宣传栏,对来院就诊人员进行艾滋病防治知识宣传。和妇产科及检验科加强交流,做好孕产妇艾滋病检测,并按时将血片上交疾控中心,积极询问反馈信息。

七、要积极响应全球疟疾基金会的号召,按照市疾控中心下达的我院发热病人疟疾镜检工作任务,和检验科协作,合理分配,并做好信息登记和月统计报表,按时将血片、登记报表及统计报表上交疾控中心。

八、按市卫生局及妇幼保健院的要求,认真负责地落实妇幼保健及计划免疫相关工作,认真细致做好各类报表,统计审核新生儿缺陷报表及5岁以下儿童死亡报告,按时上报,避免错报、漏报等现象;和妇产科沟通,将艾滋□xxx□乙肝母婴阻

断工作落到实处，认真登记并做好统计报表，按时上报妇幼保健院；督促妇产科做好新生儿疾病筛查工作，努力将新筛率控制在市卫生局布置的90%以上，并按季度进行统计上报。

九、为了给广大残疾人生活带来方便，我科将严格按照残联及院领导小组的指示，参照残疾鉴定标准，不弄虚作假，认真做好残疾鉴定工作，以热情细心的态度为残疾人服务。

在新的一年里，我科将按照市卫生局及疾控中心的指示，在院领导小组的正确领导下，与院内各科室团结协作，将我科将各项工作落到实处，圆满完成院方交给我们的任务。

公卫工作慢病工作计划和目标 慢病防治工作计划优选篇六

1、为了我辖区人民群众的健康，为慢病的基本情况必须掌握，各村的自然情况，易患人群的年龄、性别，做好统计分析，并且对患者给予相应的干预措施。

2、抓好基层村医业务素质，积极参加县里举办的各种培训班，以促进基层工作的进展，以及村医素质的提高，来更好的服务于群众。

3、因为慢病防治工作开展得比较晚，各种业务资料不够健全，必须加强业务档案的管理与完善。

4、村级医生做好慢病患者的`登记，填写肿瘤病例报告卡，并且及时上报乡级防保部门，我院防保部门做好汇总后统一上报县级疾控中心，数据准确避免漏报。

5、对于高血压、糖尿病易患高危人群要进行定期监测和行为干预。

6、为了人群的健康降低慢病的患病率，必须做好健康教育宣

传工作，积极开展以倡导建立健康的生活方式为主题的各类文体活动，以扩展宣传面来减低慢病发病率。

以上为我院20xx年慢病防治工作的初步计划，根据工作所需，在以后工作中还需不断完善改进。

公卫工作慢病工作计划和目标 慢病防治工作计划优选篇七

积极开展对公卫工作人员及村医的慢性病防控政策与知识宣讲工作，拟对公卫人员开展一次慢病防治工作现状的知识讲座，让其了解当前的慢病防控形势及慢病所带来的严重社会负担及经济负担，从而有利于慢病防治政策开发及工作开展。

二、加强慢性病监测，进一步提高慢病监测质量

三、大力推动全民健康生活方式行动，打造健康云阳平台

健康教育与健康促进能有效地促进慢病防治工作的开展。在2018年，我镇将继续在全镇的健康教育宣传栏上宣传慢病防治知识；搞好健康主题日，在“全民健康生活方式行动日”、“世界糖尿病日”、“全国高血压防治日”、“全国爱牙日”、“世界无烟日”等活动日中开展大型地健康教育与健康促进宣传活动，计划2018年开展宣传活动12期。

严格按照《重庆市高血压综合防治工作管理规范》、《重庆市糖尿病综合防治工作管理规范》的内容，要求各村卫生室继续加大对辖区慢病患者的发现率（登记率），对已登记的高血压患者严格按照高血压一、二、三级管理要求做好高血压随访工作，逐步提高高血压与糖尿病管理率、规范管理率与控制率；积极利用辖区家庭医生的建立，探索慢病高危人群干预模式，对以户为单位的高危人群实施有效的慢病干预，从而减少慢病的发生。

公卫工作慢病工作计划和目标 慢病防治工作计划优选篇八

一、“双创”工作：

- 1、部分人员周六、周日到中心加班进行科室内部整理及环境卫生清洁；
- 2、配合秀英区疾控中心整理出84份检测报告；
- 3、根据

二、中心等级评审工作：

- 2、督促龙华区完善2015年食物中毒补充资料。

三、日常工作：

- 2、双休日安排部分人员加班完成空气污染现场监测采样工作任务；
- 4、完成4家公共场所单位现场监测采样任务；
- 5、5月20日举办一期全市疾控部门、哨点医院食源性疾病培训班；
- 6、完成5家医疗机构消毒质量监测采样。

公共场所采样监测

空气污染现场采样

环境卫生清洁

资料整理验收

科室会议

食源性疾病培训班

医疗机构消毒质量监测采样

公卫工作慢病工作计划和目标 慢病防治工作计划优选篇九

一、继续抓好居民健康档案：继续利用门诊就诊、住院病人、组织工作人员定期下乡体检等多种途径，完成剩下的建立居民健康档案任务，在已达标的基础上，努力提高建档率，完善电子档案，包括电话号码，化验结果等，逐步与门诊看病相结合。

二、预防接种和传染病方面

预防接种方面：配备好防保人员，抓好规范化接种门诊的建设和管理。继续加强儿童计划免疫，每月定期开展预防接种，提高儿童计划免疫接种率，同时要把握好疫苗的入库、保存、接种等工作，严格按照规则操作。

传染病报告方面：继续抓好上报的及时性和减少漏报率。对非典、禽流感等重大传染病，要建立应急机制和应急小组，及时采取有效措施开展防控工作，确保群众健康和社会稳定；加大对乡医的培训，使他们充分认识传染病的上报工作流程，并认真执行。

三、妇幼保健工作

抓好管理质量，争取在2013年建立规范化儿童保健科，完善相关配套设施，加大对儿童保健人员的培训工作，提高儿童

系统管理率和管理质量，提高7岁以下儿童保健覆盖率，消除新生儿破伤风。

加强孕产妇、积极开展孕前、孕中期地中海贫血筛查、服食叶酸预防神经管缺陷及预防艾滋病母婴传播综合干预工作，继续开展产后访视工作和新生儿疾病筛查工作，提高出生人口素质，启动孕产妇住院分娩补助项目完善，进一步提高产科质量，降低孕产妇死亡率，并对妇幼相关工作做好资料整理。

四、慢性病防治工作：

继续坚持定期，分月、分季度下乡开展体检工作，加大对高血压和糖尿病的发现和管理，按时按质完成一年4次的随访工作和1次体检工作，同时引导乡医开展精神病人的督促服药和4次的随访工作。继续进行精神病人排查工作，配合相关部门如派出所管理好辖区的精神病人。

五、老年人健康管理

通过下乡体检、预约到卫生院体检等形式为老年人提供1次健康服务，包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导，促进老年人健康和生活和諧。

六、健康教育和健康促进活动

要进一步开展健康教育和健康促进活动。宣传重点是实施公共卫生服务、合作医疗、无偿献血及预防非典、禽流感、艾滋病、手足口病、结核病、鼠疫、狂犬病等重大传染病防控知识。

通过以下方式：

1、发动广播站、文化中心要发挥广播传媒和舆论导向作用：

2、卫生院要加强医务人员相关培训，开展多种形式的健康教育，如张贴宣传栏、知识讲座、咨询活动、下乡体检、现场派发等。

2013年随着公共卫生工作的不断完善，服务均等化，我院定会进一步贯彻上级精神指示，践行科学发展观，不断总结与进步，促进我镇公共卫生工作上一个新的台阶，取得更大成绩。

红泥湾镇卫生院 2013年1月1号

公卫工作慢病工作计划和目标 慢病防治工作计划优选篇十

一、 总体目标

- (1) 继续加强项目工作规范管理，项目人口覆盖率达到100%。
- (2) 做好疑似结核病人及结核病人的发现、转诊、督导及管理工作。
- (3) 全年力争发现治疗涂阳病人及重症涂阳病人45例，转诊病人10例。
- (4) 涂阳肺结核病人的治疗覆盖率100%，治愈率达到85%以上。
- (5) 加强结核病知识宣传工作，提高全民防痨意识。

二、 业务措施

- (1) 疑似病人的转诊及病人发现
- (2) 结核病的管理

1、加强结核病控制项目督导工作，去防疫站对各区医院定期进行督导，每月督导2—3次，每个区每年不少于24次，区卫生院重点对涂阳病人的管理情况、疑似病人及结核病人的转诊情况、各项资料的完整性及上报情况进行督导。区卫生院督导要求：隔日督导病人1次，每月15次。督导内容包括：督导病人服药，做到看服到口，服下再走，督导病人按时复查，了解病人服药情况，有无副反应，如有副反应要及时处理上报，向病人及家属宣传结核的相关知识。

3、区督导员每督导一次完成一次督导报告，要求内容详细、数据真实准确，能反应被督导单位及各人对病人实施治疗管理的具体情况，找出问题，及时反馈信息，以利于更好的实施项目工作。

（3） 资料管理及信息工作

加强对结核病人资料登记、收集、管理工作，做好登记本、卡使用的完整性和准确性，按时统计和上报结核病控制项目月报、季报及年报表，做到字迹清楚，数据准确，不迟报不漏报，加强结核病信息交流。

（4） 结核知识培训

加强对全区结防人员的知识培训，提高其业务素质，拟于3月份对院结防人员进行业务培训及考核。培训内容：如何预防肺结核及肺结核病人的隔离措施。

（5） 结核病知识宣传

加强结核知识宣传，增强全民防痨意识，区卫生院及防疫人员要围绕“”世界结核病防治宣传日，采取专栏及其它宣传方式加强对结核病防治知识的宣传。

三、 工作考核

徐州市防疫站全年对各区开展2次结核病防治工作检查，平时不定期检查，检查情况纳入各区年终评比考核，同时也是下发结核病防治各项经费的依据。